

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 65

Des Manifestations Péritonéales DE LA GRIPPE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 20 Décembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Roger ALLOTTE DE LA FUYE

Né le 17 Octobre 1890, à Nantes (Loire-Inférieure)



LYON

—
Imprimerie du SUD-EST

JEAN DEPRELLE, ÉDITEUR

3, Avenue de la Bibliothèque, 3

—
1920

Des Manifestations Péritonéales DE LA GRIPPE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 20 Décembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Roger ALLOTTE DE LA FUYE

Né le 17 Octobre 1890, à Nantes (Loire-Inférieure)



LYON

Imprimerie du SUD-EST

JEAN DEPRELLE, ÉDITEUR

3, Avenue de la Bibliothèque, 3

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ..... DOYEN
J. LEPINE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT, POLLOSSON (M).

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique.....	FABRE
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires.....	WEILL
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....	POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	LANNOIS
Chimie biologique	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie.....	NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique.....	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie.....	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARGET
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	POLICART
Anatomie pathologique	DOYON
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée.....	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (P)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe	VALLAS
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	BARRAL
Accouchements	COMMANDEUR
Embryologie	HOVELACQUE
Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Urologie	GAYET
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	CADE	COTTE	CORDIER
COMMANDEUR	GUILLEMAR	DUROUX	ROUBIER
NOGIER	GARIN	HOVELACQUE	FAVRE
BRETIN	SAVY	TRILLAT	MURARD
LERICHE	FROMENT	SARVONAT	BONNET
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	FLORENCE	GRAVIER, chargé des fonctions
TAVERNIER	PIERY	ROCHAIX	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PAVIOT, Président ; VILLARD, Assesseurs
MM. LERICHE et FAVRE, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA FEMME ET A MA FILLE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE,
LE GÉNÉRAL ALLOTTE DE LA FUYE
GRAND-OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

ET A CELLE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MES COUSINS
LOUIS, RENÉ ET DANIEL ALLOTTE DE LA FUYE
OFFICIERS, MORTS POUR LA FRANCE

A MON ONCLE, LE COLONEL ALLOTTE DE LA FUYE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'INSTITUT

ET A MA TANTE

En faible hommage d'une reconnaissance que des mots ne peuvent exprimer.

A MON ONCLE, LE DOCTEUR BOULQUINÉ

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Dont les conseils nous ont souvent guidés.

AU GÉNÉRAL COMTE DE MONTLUISANT

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

En témoignage de notre grande affection.

A MA FAMILLE. — A MA BELLE-FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR PAVIOT

MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

En souvenir de son enseignement
et en témoignage de notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD

CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SAVY

MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU

A MES JUGES

A MES MAÎTRES
DES FACULTÉS DE PARIS ET DE LYON

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder un sujet qui nous a paru tout particulièrement intéressant par sa nouveauté nosologique et surtout par l'intérêt pratique qu'il peut présenter, nous nous devons d'exprimer toute notre gratitude à notre Maître, M. le Professeur Paviot, qui en a été l'inspirateur et qui a bien voulu nous fournir de précieux documents cliniques.

Nous avons déjà contracté à son égard une dette de reconnaissance lorsque, nous présentant à son Laboratoire pour lui faire part avec quelques hésitations d'hypothèses relatives à l'histogénèse du Cancer, nous avons été accueillis avec la plus grande bienveillance et avons pu disposer — grâce à lui — des moyens techniques nous permettant de faire toutes recherches expérimentales nécessaires.

Nous tenons à remercier également M. le Professeur Villard pour l'obligeance avec laquelle il nous a procuré des documents du plus haut intérêt pour l'étude des manifestations pseudo-appendiculaires de la grippe.

I. — HISTORIQUE

I^o GRIPPE ET DÉTERMINATIONS PÉRITONÉALES GÉNÉRALISÉES

Les manifestations abdominales de la grippe ont été vues et décrites à plusieurs reprises, mais c'est surtout la grippe intestinale, l'entérite grippale, qui a attiré l'attention des classiques : sa plus grande fréquence — surtout au cours de certaines épidémies — en est la cause. Si l'on parcourt la littérature médicale, si abondante périodiquement, au sujet de la grippe, on ne trouve au contraire aucune monographie, aucun chapitre, aucune description réservés aux manifestations péritonéales. Celles-ci existent cependant : nous en donnerons maintes preuves, et elles ont été entrevues depuis longtemps.

Dans sa monographie sur la « Grippe-Influenza », (Baillière, 1893), le Professeur J. Teissier dit : « Nous « avons vu la grippe affecter des allures plus étranges « encore : nous l'avons vue se présenter avec *les caractères généraux des déterminations péritonéales* ; nous « l'avons vue simuler—comme tout récemment encore— « une pérityphlite classique. Dans ce dernier cas, c'est « l'évolution absolument typique du cycle fébrile qui « nous a mis sur la voie du diagnostic. (p. 108.) »

D'autre part, Netter (Traité de Brouardel et Gilbert) écrit ceci : « L'entérite grippale s'accompagne souvent de

« vomissements, météorisme, douleurs abdominales, fa-
« ciles grippé. Ces symptômes sont du reste quelquefois
« en rapport avec une péritonite réelle. »

Ce sont là, on le voit, de simples mentions qui affir-
ment l'existence de ces manifestations péritonéales, sans
toutefois en faire l'étude.

Il faut arriver à la dernière et récente épidémie de grip-
pe (1918-1919) pour trouver la première étude encore
sommaire sur les « Cataclysmes » péritonéaux d'origine
grippale : « Influenza intra-abdominal catastrophes »,
par Reginald E. Smith dans « The Lancet » du 15 mars
1919. Dans cette étude, Smith divise les manifestations
abdominales qu'il a observées en trois classes :

- 1) Celles attribuables directement au bacille spécifique ;
- 2) Celles dues à la toxémie ;
- 3) Les complications du fait de lésions concomitan-
tes ;

Ses observations éclairent ces complications d'un jour
nouveau, surtout au point de vue pathogénique, et, à ce
titre, nous aurons souvent l'occasion d'y revenir.

2° GRIPPE ET APPENDICITE

Si les manifestations proprement péritonéales intéres-
sant la grande séreuse, ont été passées sous silence, ou à
peu près, il n'en est pas de même de l'Appendicite, en
ce qui concerne ses rapports avec la grippe. Mais il con-
vient d'abord de dissiper une équivoque possible : l'ap-
pendicite véritable, authentique, avec son tableau clini-
que normal, sa tendance à l'abcédation, l'ulcération et

l'infection du péritoine, n'entre pas dans les limites de notre sujet, et c'est d'elle-même qu'il s'est agi le plus souvent, lorsqu'on a rapproché la grippe et l'appendicite, établissant de l'une à l'autre une relation de cause à effet.

Dès 1885, Jalaguier (Bulletin Médical) signalait le lien unissant grippe et appendicite ; mais ce fut surtout l'œuvre de Merklen et de Faisans.

Dans une communication à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris (19 mars 1897), Merklen présente trois observations d'appendicites survenues du fait de la grippe, mais il s'agit là de vraies appendicites et l'auteur pense que la grippe en est l'agent causal.

Deux ans après, le 24 mars 1899, devant la même Société, Faisans reprend la question. Il est beaucoup plus affirmatif : « Je pose en principe, dit-il, que la grippe est « la principale cause, la cause presque unique de l'ap-
« pendicite... Il y a deux faits qui sont indéniables, et
« dont tout le monde a dû faire depuis longtemps la re-
« marque ; c'est que l'appendicite est devenue d'une fré-
« quence extraordinaire depuis une vingtaine d'années...
« Or c'est il y a 10 ans (1889-1890), que la grippe a fait
« son apparition presque simultanément dans ces pays
« (Europe et Amérique) sous la forme d'épidémies graves
« qu'elle a conservée depuis. Le second fait, encore plus
« évident, c'est que chaque épidémie de grippe est inva-
« riablement accompagnée d'une recrudescence du nom-
« bre des appendicites à ce point que l'on peut parler
« sans exagération, d'*épidémies d'appendicite*. »

Que l'appendicite véritable soit causée par la grippe ou non, c'est là un grand débat, encore ouvert, dans le-

quel nous n'avons pas à intervenir. Nous devons simplement le constater et le signaler, parce qu'il a attiré l'attention des médecins et sollicité la production d'observations singulièrement intéressantes pour nous.

Sous la rubrique « Grippe et Appendicite », le Dr Gagnière, de Choisy-le-Roi, présente dans la Gazette des Hôpitaux (1899, p. 1181-84) onze observations de malades qu'il a traités au cours de l'épidémie de 1899, pour un syndrome appendiculaire (qu'il qualifie d'ailleurs d'appendicite), survenu au cours de la grippe. Ce sont les symptômes grippaux qui ont ouvert la scène ; puis, se sont manifestés des signes d'appendicite plus ou moins nets, plus ou moins intenses suivant les cas. Neuf de ces malades, traités médicalement, ont guéri sans aucune complication ; deux autres malades opérés, sont morts le lendemain de l'intervention. Est-ce là ce que l'on observe au cours des appendicites vraies, seraient-elles même d'origine grippale ? Non évidemment. En somme, bien que l'auteur ne paraisse pas particulièrement frappé par ces divergences, il nous semble bien qu'il s'agissait là de simples réactions appendiculaires, ou — si l'on veut — de fausses appendicites grippales.

Des faits analogues étaient publiés, un peu plus d'un an après, par un médecin militaire, le Dr Charpentier (Appendicite au cours d'une épidémie de grippe. Bulletin Médical, 1901, XV, 239-240). L'auteur relate ce qu'il a observé au cours de l'épidémie de grippe de 1899, parmi les malades de son régiment, le 155^e d'Infanterie, à Commercy : ce furent successivement cinq cas d'appendicite d'allure assez insolite. « Aucun de ces cas, dit-il, n'a présenté le fracas de l'appendicite aigüe aboutis-

« sant à la suppuration. C'étaient des appendicites à for-
« me bénigne, que quelques-uns qualifieraient peut-être
« de coliques appendiculaires ; mais ces cas n'en ont pas
« moins été nets, et notre diagnostic a été aussi celui de
« l'hôpital. Nous ne décrirons pas chacun de ces cas en
« particulier. Ils se ressemblent tous et paraissent avoir
« été calqués les uns sur les autres. Chez aucun de nos
« malades, il n'y avait d'antécédents, sauf chez un... Or,
« étant donné l'épidémie de grippe qui régnait alors, la
« succession d'un certain nombre de cas dans un laps de
« temps très limité, la disparition de la maladie coïnci-
« dant avec celle de la grippe, et connaissant en outre
« le caractère particulièrement infectieux de celle-ci,
« nous n'avons pas hésité à voir dans ces accidents des
« manifestations grippales. »

Cette question des rapports de l'appendicite et de la grippe intéressent aussi les médecins étrangers, et, comme en France, ils constatent des faits disparates sans y rechercher autre chose qu'un lien causal. Cependant, dès 1899, en Allemagne, Franke constate qu'à côté d'appendicites vraies qui se produisent deux ou trois semaines et plus après la grippe, l'appendicite peut être, au cours de la grippe, simulée par une pseudo-appendicite. (*Mitteilug an den Grenzgebiet der Medizin und Chirurgie*, 1899-1900, V. 263-328).

Leichtenstein, cité par Behrend, pense qu'il ne s'agit pas dans ces cas d'appendicite aigüe, mais plutôt de typhlite, que des cas exceptionnels de vraie appendicite ont pu se voir, spécialement quand le bacille de Pfeiffer a été isolé, mais que, lorsqu'une appendicite vraie se produit au cours de la grippe, ce n'est qu'un simple coïncidence.

La dernière pandémie grippale (1918-19) a donné une nouvelle actualité à la question et a fait surgir de nouveaux cas.

En Amérique, N. Hall et F. G. Dyas, dans un article sur « L'Appendicite, séquelle de la grippe et de la pneumonie, au camp Logan », rapportent que, dans une nombreuse série de cas (50 sur un total de 142 appendicites), ils observèrent un syndrome appendiculaire fruste, traduisant une localisation infectieuse passagère au niveau de l'appendice, ou peut-être d'origine réflexe. (Journal of the American Medical Association, du 8 mars 1919). — Behrend (Appendicite aiguë au cours de la grippe. Surgery, Gynecology and Obstetrics, n° 6, juin 1919), ne fait pas de différence entre l'appendicite et le syndrome appendiculaire, mais il signale que, sur huit cas classés comme appendicites survenues au cours de la grippe, il a fait opérer trois malades : il s'agissait d'appendicites authentiques, abcédées. Dans les cinq autres cas, on s'est abstenu de traitement chirurgical, et la guérison est survenue rapidement.

Ces faits méritent d'être signalés, mais il est fort difficile d'y relever la part qui revient à l'appendicite vraie, susceptible de guérir médicalement et la simple réaction appendiculaire grippale. D'ailleurs, la plupart des auteurs signalent ces deux éventualités, sans chercher à en établir les caractères distinctifs.

La question est nettement posée et traitée pour la première fois par une étude de M. le Professeur E. Villard, (Lyon-Médical, décembre 1918) sur les « *Fausse Appendicites grippales* ». « On peut observer, dit l'auteur, des manifestations péritonéales dont la symptomatologie

« revêt l'allure clinique de l'appendicite aiguë, et — coup
« sur coup — nous avons observé dans ces derniers
« temps, des malades chez lesquels la gravité des symptô-
« mes avait fait conclure à l'urgence d'une laparotomie.
« Un examen attentif nous ayant montré certaines ano-
« malies dans la marche de la maladie, dans la date d'ap-
« parition des signes cliniques, et dans la nature de
« ceux-ci, nous avons différé l'intervention, et l'évolu-
« tion ultérieure a confirmé notre diagnostic. »

Nous voilà donc en face de faits pathologiques originaux : ce n'est pas l'appendicite vraie classique, pas plus qu'une simple douleur appendiculaire fugace, mais c'est tout un syndrome appendiculaire d'origine essentiellement grippale.

3° GRIPPE ET PÉRITONITES LOCALISÉES

Ce qui se passe au niveau de l'appendice — et qui doit être considéré comme un syndrome péritonéal lié à une localisation appendiculaire — peut se passer, bien que moins fréquemment, dans tous les lieux d'élection de la grande séreuse péritonéale.

Le mérite revient à notre Maître, M. le Professeur Paviot, d'avoir su, le premier, observer, comparer, rassembler et rapporter à leur véritable cause, *la grippe*, ces manifestations péritonéales à localisations différentes. C'est cette notion recueillie dans son enseignement, qui nous a guidés dans l'élaboration de cette étude, et l'on trouvera résumé plus loin, (Observation XXIII), le cas qui l'a déterminé à admettre l'existence de ces Péritonites grippales.

4° GRIPPE ET PÉRITONITE ASSOCIÉE

La péritonite vraie généralisée hyperseptique justifiant l'intervention chirurgicale et se terminant habituellement par la mort, a pu être observée à plusieurs reprises, comme *complication* de la grippe. Il n'y a pas là qu'une simple concomittance, et nous avons dit « *complication* », car il s'agit alors — comme dans le cas de Smith — d'une localisation au péritoine, d'un microbe associé à l'agent infectieux de la grippe : on a toujours isolé en pareil cas, le streptocoque. Il ne s'agit pas alors, à proprement parler, de péritonite grippale : c'est une péritonite streptococcique qui évolue vers la mort.

Si, dans cette étude, nous avons dû envisager la Péritonite Associée, c'est afin de l'éliminer du cadre des syndromes péritonéaux de la grippe, dont les caractères cliniques, étiologiques et — sans doute — anatomo-pathologiques, sont totalement différents.

En effet, s'il nous est permis de définir dès maintenant ce que l'on peut entendre par « Péritonites grippales », nous dirons que ce terme s'applique à un ensemble de manifestations revêtant l'allure clinique d'une péritonite habituellement localisée, et caractérisée à la fois par son apparition dans un foyer d'épidémie grippale, et par sa terminaison heureuse par guérison spontanée.

II. — ETUDE DES OBSERVATIONS

Avant de faire une description symptomatique synthétisant les caractères généraux des Péritonites grippales, nous croyons devoir exposer les documents sur lesquels se fonde cette étude. De l'ensemble des faits cliniques, de prime abord un peu disparates, se dégagera le lien commun qui les apparente.

La Péritonite grippale n'est pas *une*, et elle ne revêt que rarement le type : péritonite généralisée. Successivement, nous avons rencontré diverses localisations qui nous ont fait ranger les observations que nous avons recueillies, suivant diverses formes cliniques, d'après la Topographie.

I^o OBSERVATIONS DU TYPE : APPENDICITE

La forme la moins rare est certainement celle qui donne lieu à un syndrome appendiculaire plus ou moins caractérisé. C'est son étude qui nous fournit les plus précieux éléments pour individualiser les manifestations péritonéales de la grippe.

Nous reportant à un assez grand nombre d'observations publiées sous la rubrique « Grippe et Appendicite », nous en avons trouvé une majorité, relative à des appen-

dicites véritables, développées secondairement à la grippe ; d'autres, où l'on ne peut trouver de caractères suffisamment tranchés, pour que l'on puisse se prononcer en faveur d'une appendicite vraie ou d'un syndrome grip-pal à localisation appendiculaire.

Voici pâr contre un certain nombre d'observations qui nous paraissent suffisamment caractéristiques :

OBSERVATION I

(Docteur GAGNIÈRE, de Choisy-le-Roi)

Mlle Ch. R..., âgée de 9 ans, se plaint, le 22 janvier 1899, d'une violente céphalée avec rachialgie, accompagnée de constipation... Jé trouve l'enfant prostrée, ayant de la fièvre ($T = 39^{\circ}9$). Ses yeux larmoient ; il y a du catarrhe nasal. L'enfant tousse peu. L'auscultation me fait entendre quelques râles disséminés dans les deux poumons. Pas de vomissements. Le diagnostic de grippe me paraît s'imposer. En examinant avec soin la malade, je trouve un ventre très peu douloureux à la pression : on sent des masses de matières. J'ordonne un lavement simple le soir, un suppositoire à la quinine et, pour le lendemain matin, un purgatif.

23 janvier : Tempér. matin : $38^{\circ}5$. Ventre encore douloureux et *nettement au point de Mac Burney* ; céphalée moins intense, la courbature persiste. On me montre un vomissement verdâtre survenu dans la nuit.

Tempér. soir : $39^{\circ}3$. La malade a bu du lait, et l'a rendu. Elle ne peut rien garder. La douleur appendiculaire est plus forte. Il y a de la *défense musculaire* ; le ventre est difficile à palper. — L'état de la poitrine est resté à peu près le même : quelques râles en plus. J'ordonne le traitement classique : immobilisation complète, glace, opium, quinine en suppositoires.

24 janvier : T. matin : 38°5 ; soir : 39°.

L'enfant est toujours prostrée. Les vomissements ont cessé ; la céphalée et la rachialgie persistent.

25 janvier : T. matin : 38°2 ; soir : 38°6.

Céphalée moins intense. Moins de râles à l'auscultation. L'enfant est plus gaie. *Ventre toujours dur.*

26 janvier : T. matin : 37°8 ; soir : 38°

Sensible amélioration : le ventre est moins douloureux et moins empâté ; il commence à se relacher. Les râles disparaissent de plus en plus.

27 janvier : la température est redevenue normale. L'enfant ne souffre que très peu par la palpation du ventre. La guérison a été complète le 3 février.

OBSERVATION II

(Docteur GAGNIÈRE)

Le jeune J..., 8 ans, tombe malade le 28 janvier. Appelé par la famille, je trouve un enfant prostré avec une température rectale de 38°5. Pas de larmolement ; pas de catarrhe nasal. Courbature générale. Constipation. Céphalée, langue saburrale. Ventre normal à la palpation. J'ordonne du calomel et un suppositoire à la quinine.

29 janvier : la courbature et la céphalée ont continué. Rien au ventre. Tout en pensant à la grippe, je réserve mon diagnostic. Pas de garde-robe.

T : Matin = 38° ; soir = 38°6. Pouls : 120.

30, 31 janvier, 1^{er} et 2 février : rien de net encore.

3 février : la T. augmente : 39°-39°4. Les phénomènes généraux s'accroissent. Toujours rien à l'auscultation. P. : 140.

4 février : par la palpation du ventre, je détermine une *douleur assez intense au point de Mac Burney*. L'enfant a vomi. Je prononce le mot d'appendicite et j'ordonne le traitement classique : glace, opium...

L'appendicite est typique et la péritonite très localisée. Le traitement produit les plus heureux effets, et le malade entre en convalescence le 16 février.

OBSERVATION III

(D^r GAGNIÈRE)

Madame D..., à Choisy, me fait appeler le 20 février. Elle se plaint de céphalée intense, de douleurs rénales et lointaines. Les urines sont albumineuses. Aux deux poumons, l'on entend des râles disséminés, accompagnés de toux et de gros crachats épais. Il y a de la photophobie, un larmolement intense, de l'écoulement nasal, une transpiration abondante. T = 38°9. Rien ailleurs.

Je pense à la grippe : j'ordonne l'antipyrine. En 24 heures, les accidents aigus se calment.

22 février : Etat amélioré. T. : Matin = 37°8 ; soir = 38°.

23 février : Malade abattue, facies grippé. Elle a vomé la nuit et se plaint du ventre qui est résistant. *Douleur intense au point de Mac Burney*. J'ordonne la glace et l'opium.

24 février : Sédation dans les accidents intestinaux. T = 37°5.

25 février : Amélioration légère. Un vomissement porracé dans la journée. T = 37°.

26 février : La température redevient presque normale. Les vomissements ont cessé, et la malade n'offre plus d'inquiétudes. Les accidents ont disparu depuis cette date. Elle a été définitivement guérie le 24 mars.

OBSERVATION IV

(D^r GAGNIÈRE)

Mme S..., 4 mars : elle est prise de courbature générale, violente céphalée, larmolement, toux, transpiration, en revenant de laver son linge à un bateau-lavoir, où plusieurs voisines avaient la grippe. T = 39°5. L'auscultation décele une respiration rude, sans râles.

5 mars : Prostration très grande. T : Matin, 38°5. La malade souffre du ventre. Vomissement porracé. Le ventre est

douloureux, tendu, avec prédominance douloureuse au point de Mac Burney. J'institue le traitement classique : les vomissements cessent.

6 mars : Quelques râles aux bases. T : Matin = 38°4. Ventre nettement douloureux, empâté et résistant : glace et opium.

7, 8, 9 mars : Etat stationnaire. Les râles disparaissent. La température baisse.

10 mars : Amélioration sensible et définitive. T = 37°. Malade guérie le 13 mars. Son petit garçon est grippé depuis le 11 mars.

OBSERVATION V

(D^r GAGNIÈRE)

M. D. M..., à Thiais, 30 ans, maigre, mais vigoureux. Femme, enfant, belle-mère grippés. Le 29 mars, le malade se plaint de constipation opiniâtre et d'embarras gastrique.

31 mars : Le malade se plaint d'une légère douleur abdominale ; je trouve le ventre légèrement empâté et tendu. Il se produit le soir une poussée de température (38°). Je pense à une appendicite, mais le ventre n'étant que très peu douloureux au point de Mac Burney et l'état général étant bon, j'hésite à poser le diagnostic.

1^{er} avril : *Ventre tendu, empâté, très nettement douloureux à droite au point de M. B. T.* : Matin = 38° ; soir = 38°5.

Je pose le diagnostic d'*appendicite* et j'ordonne : opium, glace et lavements : la situation s'améliore très rapidement ; la poussée appendiculaire se localise bien.

3 avril : la température redevient normale.

7 avril : le malade est presque convalescent.

23 avril : guérison complète.

J'ai revu ce malade : la constipation, qui avait été passagère, a disparu depuis cette époque.

OBSERVATION VI

(D^r GAGNIÈRE)

M. B..., âgé de 18 ans. Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels.

11 avril : Début par rachialgie, larmolement, coryza, céphalée. T = 38°-38°5. L'auscultation permet de constater une diminution de la respiration à la base droite. Rien à l'abdomen. J'ordonne un purgatif et une potion de Todd avec de l'analgésine.

12 avril : T : Matin = 38° ; soir = 38°3. A la base droite : un souffle léger accompagné de submatité. Rien à l'abdomen. Même traitement, auquel j'ajoute une légère révulsion.

13 avril : T . Matin = 37°4 ; soir = 38. Il s'est formé dans la poitrine un épanchement qu'une ponction exploratrice me montre séro-fibrineux.

14 avril : Ventre douloureux, surtout à droite. Il y a eu, dans la nuit, un vomissement de lait. A l'auscultation, mêmes phénomènes.

15 avril : *Poussée de douleurs à droite dans le ventre, au point de Mac Burney.* Température stationnaire. L'épanchement pleural tend à se résorber. Par prudence, j'ordonne le traitement de l'appendicite.

16 avril : Le ventre est toujours douloureux au même point, mais un peu moins que la veille. T_u : Matin = 38° ; soir = 38°5.

17-18 avril : Amélioration de l'état du ventre.

19 avril : Le malade va beaucoup mieux ; il demande à manger : je lui refuse la nourriture. Il appelle alors un de mes confrères, ce qui fait que j'ai cessé de soigner le malade. J'ai appris que le même traitement a été continué. J'ai revu le malade guéri.

Voilà une série de six observations tout-à-fait comparables les unes aux autres : elles ont été recueillies au cours de la même épidémie, dans le même quartier, par le même médecin. Dans ces six cas, l'affection a débuté par les troubles généraux d'invasion brutale, caractéristiques de la grippe, puis, au bout d'un temps variant de quelques heures à une semaine, est apparu un syndrome appendiculaire assez net : douleurs localisées, vomissements, constipation. Ce syndrome s'est manifesté

pendant trois à cinq jours, puis il a disparu, et tout est rentré dans l'ordre.

OBSERVATION VII

(D^r GAGNIÈRE)

Mme A..., me fait appeler le 15 avril. A la suite d'un refroidissement, elle a été prise d'un violent frisson, accompagné de céphalée, de douleurs lombaires. T = 38°5. L'auscultation me fait entendre à la base des signes évidents de congestion pulmonaire.

16 avril : En arrivant, je trouve la malade très abattue ; son facies est grippé. Elle a des vomissements porracés et une *douleur très violente au point de Mac Burney*. Les signes de congestion persistent, ainsi que la céphalée et la douleur lombaire. J'apprends que Mme A... a été soignée à Rodez, 6 ans auparavant, pour une pérityphlite.

Tous ces signes, joints à son état général, me font conseiller le départ immédiat à la Pitié (où on la reçoit dans le service de M. le Professeur Berger), mais en donnant aux signes pulmonaires la plus grande importance. Elle reste néanmoins en chirurgie, et on lui applique le traitement médical classique de l'appendicite, en même temps qu'on soigne sa grippe et sa congestion pulmonaire.

Elle sort guérie, *non opérée*, au bout de 12 jours.

Ce cas se différencie des précédents par une plus longue durée des phénomènes appendiculaires (12 jours au lieu d'une moyenne de 4 à 5). Le tableau péritonéal y est plus accusé aussi : il y a des vomissements porracés et des signes qui déterminent le D^r Gagnière à envoyer la malade dans un service de chirurgie — où l'on juge d'ailleurs l'intervention inopportune, sans doute à cause

de la congestion pulmonaire concomitante. — En somme, pour expliquer ce fait, il ne faut pas oublier que la malade avait été atteinte de *pérityphlite*, 6 ans auparavant : la grippe a sans doute réactivé passagèrement un ancien foyer d'appendicite.

OBSERVATION VIII

(D^r GAGNIÈRE)

Mme M..., âgée de 24 ans, demeure au 2^e étage de la maison où habite le jeune B... (Observation VI) ; sa mère a recueilli et soigné chez elle le jeune S..., dont la mère était grippée. (Observation IV) .

18 avril : Elle a de l'embarras gastrique avec inappétence constipation, langue saburrale, céphalée. Je prescris un purgatif. Ventre légèrement douloureux dans toute son étendue. Rien aux poumons.

19 avril : évacuation abondante. *Douleur très intense au point de Mac Burney* ; pas de signes de péritonite. T = 37°9.

20 avril : T : Matin = 38° ; soir = 38°5. Douleur très intense au point de M. B. Pas de vomissements ; ventre tendu et ballonné. Constipation. Rien aux poumons.

J'ordonne le traitement de l'appendicite : les phénomènes s'amendent, et la malade est guérie de 24.

Cette observation est — on le voit — comparable aux six premières.

OBSERVATION IX

(D^r GAGNIÈRE)

Mme D..., âgée de 32 ans, tombe malade le 19 mai : céphalée, douleurs lombaires et douleur aux angles du côlon ; larmoiement, coryza. Je la considère comme grippée. Urines très sédimenteuses. Rien de spécial au ventre, que je fais évacuer à l'aide d'un lavement purgatif.

20 mai : T. matin = 38° ; soir = 38°6. Râles aux deux bases. Submatité nette, respiration rude. Rien au ventre.

21 mai : Langue très saburrale ; *douleur au point de Mac Burney* ; un vomissement verdâtre. T. matin = 39° ; soir = 39°6. J'ordonne le traitement classique de l'appendicite, en même temps que je soigne la poitrine.

22 mai : les râles diminuent. L'appendicite est très nettement confirmée et domine la scène.

23-24 mai : La grippe pulmonaire diminue. L'appendicite se localise bien.

Guérison le 30 mai.

Depuis cette date, la malade a conservé une grande sensibilité du ventre.

Dans ce cas, l'atteinte appendiculaire paraît moins superficielle ; il s'agit sans doute d'une appendicite purement grippale ; mais la phase aiguë dure 9 jours, et, après elle, il persiste un point appendiculaire plus sensible, ce qui n'est pas signalé chez les autres malades.

OBSERVATION X

(D^r GAGNIÈRE)

Mlle S..., âgée de 15 ans. Réglée depuis l'âge de 14 ans $\frac{1}{2}$. Quelques amygdalites antérieures entretenues par de grosses amygdales.

Le 19 mars, alors que l'épidémie de grippe sévit dans son quartier, dans sa maison et dans sa famille même, elle est prise d'un violent frisson, de rachialgie et de douleurs lombaires, le tout accompagné d'une céphalée intense. Le soir, je constate que les amygdales, la droite surtout, sont le siège d'un dépôt pultacé qui disparaît par frottement. T. = 39°. Urines albumineuses. Abdomen normal. Quelques râles de bronchites disséminés.

Je pose le diagnostic de *grippe*.

20 mars : T matin = 39 ; soir = 39°5. Les amygdales se

nettoient ; l'auscultation fait entendre les mêmes signes. L'état empirant dans la soirée, la famille fait appeler en cachette un de mes confrères, qui considère la malade comme atteinte de grippe, et l'on me fait dire qu'un mieux sensible s'est produit.

22 mars : Je trouve ma malade avec un facies péritonéal ; il y a même des *vomissements porracés*. La malade est anxieuse, elle a de la dyspnée ; les extrémités sont froides. Le ventre, très tendu, est douloureux, plus spécialement au *point de Mac Burney* ; la *défense du ventre* est même telle que je ne puis le toucher que très légèrement. $T = 39^{\circ}8$. Je déclare à la famille qu'il s'agit d'une *appendicite*, et que le transport s'impose d'urgence, en vue d'une *intervention chirurgicale*. La malade arrive à l'Hôpital Trousseau, à minuit, où on l'opère à 2 heures du matin : elle y meurt le 24.

J'ignore le mécanisme de cette mort, mais j'estime que l'infection grippale y a joué le rôle principal.

OBSERVATION XI

(D^r GAGNIÈRE)

S..., âgé de 6 ans.

22 mars : L'enfant est abattu : Céphalée, larmoiement, face vultueuse. Il transpire beaucoup et a une forte fièvre.

23 mars : La famille me fait appeler. L'enfant a l'aspect d'un grippé. Ce qui prédomine chez lui, c'est la rougeur de la face, et son aspect fiévreux. Rien à l'auscultation. Averti par les exemples précédents, j'examine le ventre. Je le trouve assez peu tendu, mais douloureux, surtout à droite, et très nettement au *point de Mac Burney*.

J'apprends alors qu'il a vomi, et l'on me montre un *vomissement porracé*.

Devant l'intensité des phénomènes fébriles ($T = 40^{\circ}$) et la netteté du diagnostic, je conseille le transport à Trousseau. L'enfant y arrive. Là, on hésite un peu entre *appendicite* et *grippe* (d'après ce que m'a dit le père), et on l'opère le 23 sans succès : l'enfant meurt le soir de l'opération, sur laquelle je n'ai pas eu de détails précis.

Voilà donc deux observations d'*appendicites opérées et suivies de mort* : elles paraissent a priori ne pas devoir entrer dans le cadre des accidents péritonéaux que nous décrivons. Cependant l'étude des anamnétiques (épidémie grippale), le fait que le syndrome appendiculaire a apparue 2 et 3 jours après une invasion nettement grippale, l'absence de signes nets d'abcès appendiculaire, font penser qu'il s'agit bien d'appendicites ou, si l'on veut, de *fausses appendicites grippales*.

Dans le premier cas (Observation X), on relate l'apparition d'une amygdalite précédant celle de la localisation appendiculaire, et l'on sait les relations qui ont été établies entre les réactions du tissu lymphoïde appendiculaire et celles des amygdales, particulièrement dans la grippe. Il s'agit là d'une grippe très grave par elle-même avec lésions pulmonaires, albuminurie... et cela suffit bien pour expliquer la mort suivant l'intervention.

Dans le deuxième cas (Observation XI), l'état paraît moins grave, les signes appendiculaires sont peu accusés, puisque, à l'hôpital Trousseau, l'on hésite entre appendicite et grippe. De sorte que l'on peut admettre que l'intervention n'était pas justifiée par des indications précises.

De cette première série d'observations, nous pouvons rapprocher les cinq cas d'appendicite grippale, observés par le Dr A. Charpentier, au 155^e Régiment d'Infanterie à Commercy, au cours de la même épidémie de 1899. Les observations n'en ont pas été publiées, mais l'auteur en fait la synthèse, dans son article paru dans le « Bulletin Médical » de 1901 :

« Chez aucun de nos malades, dit l'auteur, il n'y avait
« eu d'antécédents, sauf chez un. Ce dernier avait eu
« une péritonite de cause inconnue, 3 ans auparavant.
« Chez tous, après 2 ou 3 jours de fatigue et d'accable-
« ment, il y a eu début brusque de la douleur, précédée
« de constipation ; fièvre modérée ne dépassant pas 38°5.
« Au troisième ou quatrième jour, la température rede-
« venait normale avec tendance à se maintenir plutôt
« au-dessous de la moyenne. Langue légèrement sabur-
« rale ; anorexie ; nausées. Chez l'un d'eux, vomisse-
« ments facilement arrêtés. Pouls petit, fréquent, va-
« riant de 85 à 120.

« Tous les malades ont indiqué d'eux-mêmes, en y
« portant le doigt, le point de l'abdomen qui était dou-
« loureux : *point de Mac Burney*. A ce niveau, il y avait
« un empâtement limité en gâteau et nullement en
« boudin. La constipation a persisté jusqu'au déclin de
« la maladie.

« Nous n'insisterons pas davantage sur la symptoma-
« tologie de l'affection et le traitement qui a consisté
« en applications de glaces *loco dolenti*, et dans l'admi-
« nistration de l'opium à la dose de 0,10, 0,15, 0,20
« centigrammes par jour. Le régime était celui du lait.
« A la fin, un léger purgatif huileux.

« Nous avons dit qu'aucun de nos malades, sauf un,
« n'avait eu d'antécédents permettant de songer à la tu-
« berculeuse. Nos malades n'étaient pas non plus des cons-
« tipés habituels. Rien, dans le régime alimentaire, ne
« nous paraît devoir être incriminé. »

Voilà donc une série de faits en tous points compara-
bles à ceux observés par le D^r Gagnière : c'est bien là

l'appendicite grippale ou fausse appendicite, et tous ces cas ont été observés au cours de l'épidémie de grippe de 1899.

La dernière épidémie grippale de 1918-19 a provoqué la réapparition d'une série d'affections analogues, avec quelques variantes cliniques attribuables à la forme symptomatique et un peu particulière de cette épidémie. Nous regrettons de n'avoir pu parcourir les observations des *50 appendicites guéries spontanément* dans l'épidémie américaine du camp Logan : nous y aurions trouvé une ample moisson de faits, c'est plus que probable.

Voici du moins les observations lyonnaises dues à l'obligeance de nos Maîtres, MM. Villard et Paviot.

OBSERVATION XII

(Professeur VILLARD)

Soldat envoyé dans notre service de l'Hôtel-Dieu avec le diagnostic d'appendicite ; l'affection avait débuté par de violentes douleurs abdominales, un état nauséeux, de l'arrêt des matières et des gaz. La température en 48 heures atteignait 39°4, et la palpation abdominale montrait un *ventre sensible partout*, avec *prédominance de la douleur dans la fosse iliaque droite*. Nous fûmes frappés cependant par l'existence de gargouillements dans la fosse iliaque droite, l'absence de tout empatement, et la céphalalgie violente dont se plaignait le malade. Langue faiblement saburrale.

Ces symptômes, qui rendaient le diagnostic d'appendicite peu probable, nous firent différer l'intervention.

Dans les jours qui suivirent, la température se maintint en plateau au-dessus de 39°, avec des oscillations de deux ou trois dixièmes seulement ; les phénomènes abdominaux s'amendèrent et firent place à un état de torpeur générale qui nous fit redouter le début d'une fièvre typhoïde, bien que

nous n'ayons pu constater aucune tache rosée. Au huitième jour, commençait une descente en lysis, et, au douzième jour, la courbe thermique était revenue à la normale. Pendant toute cette période, le *pouls* était resté *remarquablement lent*, se maintenant autour de 80, alors que la température dépassait 39°, et tombait au-dessous de 60 pendant la convalescence.

OBSERVATION XIII

(Professeur VILLARD)

Jeune femme de 30 ans, chez laquelle nous étions appelés d'urgence par le Dr Griveaut, dans la soirée du 25 octobre, pour une péritonite appendiculaire nécessitant peut-être une intervention rapide. Cette malade, qui avait toujours eu une bonne santé antérieure, sans passé abdominal, avait été pendant toute la semaine précédente au contact d'une malade morte de la grippe, qu'elle avait même dû veiller pendant quelques nuits. Le 23 octobre, brusquement, alors qu'elle était en visite chez une amie, elle fut prise d'un malaise subit, avec sensation de frisson, nausées et quelques douleurs abdominales. Simultanément, la malade accusait une céphalalgie intense et une sensation d'asthénie extrême. Le lendemain matin, les phénomènes péritonéaux étaient très marqués, caractérisés par de violentes douleurs abdominales se manifestant sous forme de crises, des vomissements abondants et répétés, de coloration brune, et une température de 39° 5.

Nous voyons la malade à 10 heures du soir le 25 octobre ; les vomissements ont cessé depuis le matin, mais les douleurs abdominales persistent violentes, en revêtant le type paroxystique, avec un siège surtout épigastrique. L'arrêt des matières et des gaz est complet depuis 48 heures, la température est à 39° 2, et le pouls à 100. Pas de dyspnée. Léger météorisme ; la palpation est douloureuse à peu près partout, spécialement au niveau de la fosse iliaque droite, mais néanmoins le maximum est à l'épigastre. Au cours de l'examen, nous assistons à plusieurs crises assez violentes, et celles-ci, par leur périodicité, paraissent correspondre à des con-

tractions douloureuses de l'intestin ; cette idée est confirmée par la constatation d'un certain degré de tension intermittente de l'intestin. Chacune de ces crises s'accompagne de sensation nauséuse. Pas d'empatement de la fosse iliaque droite. Toucher rectal et vaginal négatif en dehors d'une rétroversion mobile. Langue non saburrale. Le facies est bon, l'auscultation du cœur et des poumons est normale. En présence de ces symptômes et surtout du début par un frisson, de la céphalalgie et de l'asthénie, nous pensons à une manifestation pseudo-appendiculaire de la grippe et décidons l'*abstention opératoire*. Un traitement par de la glace sur l'abdomen et des lavements est institué.

Dès le lendemain, la détente commence, les fonctions intestinales se rétablissent, les douleurs s'atténuent, la température s'abaisse et revient à la normale au sixième jour. La guérison est rapide, mais l'asthénie persiste.

OBSERVATION XIV

(Professeur VILLARD)

Nous avons été appelés par notre excellent confrère, le Dr Gras, auprès d'une jeune femme de 32 ans, dont les accidents péritonéaux paraissaient si alarmants que le transfert dans une clinique avait été effectué. Même commémoratif étiologique que dans le cas précédent, consistant dans des soins donnés à une autre malade grippée, et ayant nécessité du surmenage et plusieurs veilles.

Le début de l'affection remontait à cinq jours ; il avait été marqué par des frissons, une sensation de courbature générale, de la céphalalgie et des vomissements. En même temps, la température atteignait 40° et s'y maintenait. Les vomissements avaient persisté pendant deux jours, s'accompagnant de vives douleurs abdominales généralisées à tout le ventre, avec maximum au creux épigastrique, et dans la fosse iliaque droite. Simultanément, s'étaient manifestés des symptômes d'occlusion intestinale avec météorisme, arrêt complet des matières et à peu près total des gaz dont la malade n'accu-

sait que des évacuations peu précisés. Au cinquième jour, au matin, la situation s'aggravait, et le pouls qui jusqu'alors était resté au voisinage de 100, s'élevait à 130.

Lorsque, dans la soirée, j'examinai la malade, le ventre était légèrement météorisé, mais la palpation en était très douloureuse, et les muscles pariétaux en contracture, surtout à droite, paraissaient donner, à un examen superficiel, la sensation d'un empâtement sous-jacent, pouvant en imposer pour une collection appendiculaire.

À la pression, maximum de la sensibilité au creux épigastrique. Spontanément, les douleurs revêtaient le caractère paroxystique que nous avons déjà noté chez notre précédente malade.

Toucher rectal négatif, lésions de salpingo-ovarite anciennes droites au toucher vaginal. Langue de coloration à peu près normale ; pouls à 100. Pas de dyspnée ; auscultation du cœur et des poumons normale.

Ayant conclu, en raison de la courbature et des frissons du début, à une fausse appendicite grippale, je rejetais l'intervention et me bornais à un traitement par lavements évacuateurs et glace sur l'abdomen. L'amélioration fut rapide et l'évolution ultérieure de la maladie confirma pleinement le diagnostic, car, après une descente irrégulière de la courbe thermique, cette malade fit quelques jours plus tard une poussée de broncho-pneumonie bilatérale, dont elle est aujourd'hui guérie.

OBSERVATION XV

(D^r GRAS, reproduite par le Prof^r VILLARD)

Il s'agit d'une petite fille de 5 ans, dont la mère était encore convalescente d'une grippe sévère à forme pulmonaire. Début brusque le 24 octobre dans la matinée par des douleurs abdominales violentes et des vomissements, accompagnés d'une céphalalgie intense ; la température, prise dans la soirée, atteint 40°. Le lendemain soir, l'enfant présente un facies grippé avec pâleur de la face, état anxieux et dyspnée ; la température est de 40°4, et le pouls bat à 160. L'abdomen

très ballonné est très douloureux à la pression, avec maximum de la douleur dans la fosse iliaque droite. Arrêt des matières et des gaz depuis 36 heures. Les vomissements persistent, bilieux et assez abondants. L'auscultation ne révèle que quelques râles de bronchite. Vessie de glace sur l'abdomen. Lavements froids toutes les 4 heures.

Au troisième jour, la température reste élevée à 39°4 le matin, le pouls est à 130 ; néanmoins les vomissements sont moins fréquents, et l'abdomen est à la fois plus souple et moins douloureux.

La situation s'améliore franchement le quatrième jour ; l'enfant a eu des émissions gazeuses par le rectum et les vomissements ont cessé, la sensibilité de l'abdomen s'est très atténuée et il persiste seulement un peu de sensibilité dans la fosse iliaque droite. La température est tombée à 38°2 et le pouls à 90. A partir de ce moment, on peut considérer la crise comme terminée, la température redevient complètement normale, et la convalescence s'effectue sans incident.

Ces quatre cas, observés presque simultanément par M. Villard, lui ont permis d'individualiser un syndrome de *fausse appendicite grippale*, caractérisé par une symptomatologie particulière.

Entre ce tableau appendiculaire et celui de la grippe classique, il existe une série de cas intermédiaires où les signes locaux sont moins nets, les manifestations péritonéales moins accentuées, et c'est aux *médecins* qu'il a été donné de les observer. Tel le cas suivant, concernant une malade de notre maître, M. le Professeur Paviot.

OBSERVATION XVI

(Professeur PAVIOT)

*« Péritonite plastique légère de l'hypochondre droit,
probablement grippale. »*

Ch... Pauline, 20 ans, domestique, entrée dans le service le 16 mai 1919, pour des coliques localisées dans la fosse iliaque droite. Son père a eu une appendicite. Elle-même a joui d'une bonne santé jusqu'au 15 février dernier : elle a eu alors une grippe violente avec un foyer pneumonique. Dès cette époque, s'est manifestée une sensibilité spéciale de la fosse iliaque droite. Vers le 1^{er} mai, brusquement, la douleur dans le flanc droit s'accrut et s'exacerba même au point de provoquer une syncope ; elle eut des vomissements bilieux. Toutefois elle ne se mit pas au lit, et continua à travailler malgré une douleur qui l'obligeait à marcher le corps plié en deux. Cette douleur s'atténua les jours suivants, mais, il y a quatre jours, la même scène à grand fracas se renouvela avec point de côté abdominal, vomissements, anorexie, constipation. La malade ne peut dire si elle eût de la fièvre.

A l'entrée : Malade paraissant en bon état général. Langue un peu saburrale ; inappétence ; digestions normales ; constipation ordinaire. *A l'examen* : pas de sensibilité au niveau de la vésicule, mais douleur légère au creux épigastrique. Le point le plus douloureux siège dans la partie inférieure de la fosse iliaque droite au-dessus du rebord de l'os coxal, en dehors du point de Mac Burney. Il semble qu'il y ait à ce niveau un peu de défense de la paroi.

Urines avec dépôt un peu floconneux. Pas d'albumine.

Température oscillant entre 37° et 37°3. Phrénique droit douloureux.

17 mai (examen de M. Paviot) : on sent très manifestement à trois travers de doigt au-dessous du plastron costal, une saillie oblongue, nettement dirigée des côtes vers l'ombilic.

20 mai : soumise au repos, à l'application de cataplasmes, la malade cesse rapidement d'éprouver des douleurs.

Puis les signes locaux (défense, empatement) disparaissent complètement, et la malade sort guérie le 2 juin.

Ainsi nous avons vu, dans ce cas, une grippe donner lieu d'emblée à une détermination abdominale d'abord très légère. Pendant 2 mois, il existe une sensibilité de la fosse iliaque droite sans autres signes, puis deux paroxysmes douloureux à caractères de poussées péritonéales presque apyrétiques. Tout cela disparaît spontanément. Ce fait n'est donc pas absolument comparable aux précédents où l'on voyait l'orage péritonéal se manifester au cours de l'atteinte grippale, ou même la masquer, comme dans le cas de M. Villard. Ici, en effet, nous avons une atteinte plus diffuse et plus profonde aussi sans doute, puisque plus persistante. Le mode d'apparition au cours d'une grippe, la bénignité, la disparition même, en font cependant une forme exceptionnelle de péritonite grippale.

2° OBSERVATION DU TYPE : PÉRI-SIGMOÏDITE

Voici une localisation exceptionnellement rare — nous n'en connaissons qu'un cas — des manifestations péritonitiques. Comme il est de règle en pathologie, la fosse iliaque droite est en effet beaucoup plus souvent intéressée que la fosse iliaque gauche.

OBSERVATION XVII

(Professeur PAVIOT)

« Péritonite grippale en foyers de la fosse iliaque gauche »

G..., âgée de 42 ans, ménagère, entrée dans le service le 23 mai 1919, pour des douleurs abdominales.

Rien de notable dans les antécédents, si ce n'est de la chlorose dans son adolescence et une pleurésie à 27 ans.

L'affection actuelle a débuté le 11 mai très brusquement par des tiraillement très douloureux dans le bas-ventre. Le même soir, le ventre était déjà ballonné. Le lendemain, les douleurs ne disparaissant pas, elle se soigne par des linges chauds qui l'améliorent beaucoup. Les trois jours suivants, elle a de la diarrhée (6 selles liquides par jour en moyenne) qui disparaît sans soins. Mais la douleur persiste, et depuis huit jours, elle est fixe dans la fosse iliaque gauche.

Depuis, la malade a gardé le lit, une tentative pour se lever ayant provoqué des syncopes. Elle a fait appeler un médecin qui ordonne des cataplasmes chauds, des suppositoires calmants et de l'eau de Vichy. La fièvre et les douleurs persistant, sa famille la fait entrer à l'hôpital.

La malade raconte en outre que, après sa diarrhée, elle eût de très fortes coliques qu'elle compare aux douleurs de l'accouchement, coliques accompagnées de faux besoins ou amenant des matières épaisses.

A l'examen physique, l'abdomen est volumineux, météorisé, généralement sensible au palper, mais particulièrement au niveau de la fosse iliaque gauche, où l'on éprouve une certaine résistance. Touchers rectal et vaginal négatifs. Pas d'autres signes viscéraux. La température, normale à l'entrée, présente le lendemain une élévation à 38°5.

Le troisième jour, après une chute thermique, la malade éprouve des frissons, une exacerbation de ses douleurs abdominales, et la température s'élève à 40° 2 pour retomber à 36°8 le lendemain.

Le 31 mai : Huit jours après son entrée, la malade n'éprou-

ve plus aucune douleur spontanée, ni même à la pression. Elle va à la selle spontanément. La température oscille entre 37° et 36°8.

6 juin : La malade à qui on avait, depuis 5 jours, permis de se lever, signale que — debout — elle éprouve quelques douleurs à l'hypogastre, et non plus au foyer présenté à l'entrée.

Le 25 juin, elle quitte le service, guérie.

Les caractéristiques de cette observation sont : l'apparition en plein foyer grippal, chez une malade qui n'avait aucun antécédent intestinal, d'un syndrome infectieux accompagné d'emblée par des signes péritonéaux en même temps qu'entéritiques ; puis la localisation de ces symptômes dans la fosse iliaque gauche, sans que l'on trouve en somme rien de net à ce niveau, si ce n'est la douleur ; enfin la disparition de ces troubles à peu près spontanément.

Il s'agit bien là, sans doute, d'une péritonite grippale, bien que la preuve étiologique n'en soit pas faite.

3° OBSERVATIONS DU TYPE : PELVI-PÉRITONITE

OBSERVATION XVIII (résumée)

(Professeur PAVIOT)

S... Louise, 42 ans, journalière, entrée dans le service le 13 mars 1919, pour des douleurs dans l'hypochondre droit.

Depuis 18 ans, la malade est sujette à des crises de douleurs abdominales, survenant surtout à la suite de fatigues, localisées de préférence à l'hypochondre droit, l'épigastre, avec irradiations vers le bassin à droite. Il s'agit de coliques hépatiques larvées, et c'est à l'occasion de l'une d'elles qu'elle

entre à l'hôpital : on constate, au niveau de l'hypochondre droit, un maximum douloureux en plastron, mal délimité. Le point de Guéneau de Mussy droit est douloureux. Pas d'autres signes de localisation : toucher vaginal négatif.

La malade était depuis un mois dans la salle où étaient traitées plusieurs grippées dans les lits voisins, quand brusquement, alors qu'elle paraissait convalescente, apparurent des troubles généraux ($T = 38^{\circ}3$ et le lendemain 39°), et en même temps des douleurs abdominales, localisées cette fois dans la fosse iliaque gauche. La défense musculaire et la douleur sont telles qu'on ne peut la palper.

M. Desgouttes, appelé en consultation chirurgicale, examine la malade et conclut — par le toucher rectal surtout, qui lui révèle une masse bombant dans le rectum — à une tuméfaction d'origine annexielle, « qu'on va laisser refroidir et qui demandera une intervention. »

Cependant, en quelques jours, la douleur s'atténue, la température redescend progressivement à la normale, qu'elle atteint au huitième jour.

Néanmoins les signes locaux persistent : on sent encore, couchée dans la fosse iliaque gauche, une tuméfaction allongée commençant au milieu de la ligne ilio-ombilicale et venant se perdre dans le bassin. Au toucher vaginal, l'utérus est mobile en place ; le cul-de-sac gauche, tout en étant souple, est un peu sensible : on sent un léger capitonnage très haut. Par le toucher rectal, on sent à gauche un peu moins de souplesse, et le doigt y révèle de la sensibilité.

Le 6 juin, la malade quitte le service : les signes locaux ont disparu, à part une légère sensibilité de la fosse iliaque gauche et de la région vésiculaire.

Ainsi, à la suite d'une poussée de péritonite sous-hépatique ancienne, est apparue — vraisemblablement sous l'influence de la grippe ambiante — une localisation péritonéale nouvelle, simulant une annexite suppurée et se résolvant spontanément.

OBSERVATION XIX (résumée)

(Professeur PAVIOT)

*« Grippe : forme de pleurite diaphragmatique gauche.
Réaction péritonéale péri-vésicale transitoire. »*

L... Hyppolyte, 55 ans, maçon, entré dans le service le 29 avril 1919, avec de la dyspnée, des douleurs abdominales et de la dysurie.

Rien de notable dans les antécédents; pas de passé urinaire. L'affection actuelle a débuté il y a deux jours par des frissons, de la fièvre, un point de côté à gauche; en même temps, des douleurs vives survinrent dans le bas-ventre, s'exacerbant au moment des mictions. La dysurie est telle que le malade n'aurait uriné, dit-il, que la valeur d'un demi-verre pendant trois jours.

A l'examen : à la base gauche, foyer submat avec quelques râles fins. Le trajet du phrénique gauche est partout douloureux à la pression. L'abdomen est généralement sensible à la palpation, mais plus particulièrement dans la région sous-ombilicale. Pas de défense musculaire.

Toucher rectal négatif. La température s'élève à 39° et s'abaisse rapidement à 37°.

Les signes douloureux disparaissent rapidement ainsi que la dyspnée, et le malade quitte le service guéri, le 15 mai.

Ici, on le voit, les signes péritonéaux sont minimes, on doit admettre cependant l'existence d'une réaction péri-vésicale tout-à-fait passagère.

4° OBSERVATION DU TYPE : PÉRIHÉPATITE ET PÉRISPLÉNITE

OBSERVATION XX (résumée)

(Professeur PAVIOT)

R..., 64 ans, ménagère, vient d'un service de chirurgie où elle était en observation pour coliques hépatiques.

Antécédents hépatiques : coliques depuis l'âge de 35 ans, environ une fois par an, mais coliques légères, ne nécessitant pas d'hospitalisation.

Le 26 avril 1919, en période de grippe, apparition brusque de coliques violentes localisées à l'hypochondre droit, avec vomissements et fièvre, et suivies de l'établissement rapide d'un ictère intense. La malade essaie sa thérapeutique ordinaire (eau de Vichy, cataplasme sur le ventre) qui ne réussit pas, et entre à l'Hôpital.

Reçue en chirurgie (Dr Desgouttes), le troisième jour après le début de l'accès, elle a des vomissements bilieux. On pense à une lithiase cholédocique avec *réaction péritonéale assez violente*. (T = 38°). Après quelques jours de mise en observation, l'ictère ayant disparu, on renonce à une intervention chirurgicale, et on l'envoie en Médecine (Professeur Paviot), le 16 mai.

Les signes hépatiques ont alors à peu près disparu, par contre la malade se plaint de l'hypochondre gauche. Elle est très constipée. Le palper exagère cette douleur et permet de constater immédiatement au-dessous des côtes, une tumeur dure, régulièrement arrondie, qui descend jusque dans la fosse iliaque. La température oscille entre 37°8 et 38°5.

Au bout de trois jours : disparition de la fièvre et des douleurs. Des lavements d'huile ont amené une débâcle stercorale. La douleur locale a disparu et, au palper, la masse précédemment perçue, a à peu près disparu.

Dans ce cas, la grippe ne paraît pas avoir évidemment créé de toutes pièces une périhépatite : il s'agit là en effet d'une ancienne hépatique. Mais elle a néanmoins amplifié les coliques habituelles, donnant lieu à une réaction péritonéale, qui ne s'est pas localisée exclusivement dans la région sous-hépatique, mais s'est manifestée également dans l'hypochondre gauche.

5° OBSERVATIONS DU TYPE : PÉRITONITE D'ORIGINE GASTRIQUE

Nous devons rapprocher des observations précédentes, au moins au point de vue symptomatique, les deux observations suivantes qui ressemblent surtout à celles du type appendiculaire, par l'acuité de leurs manifestations.

OBSERVATION XXI

(D^r SMITH, in « Lancet ». Mars 1919).

Malade âgé de 26 ans, admis le 28 juin 1918 à l'Hôpital, avec le diagnostic de *grippe*.

Le 29 juin, il se plaint d'une douleur vive, dans l'abdomen. Il a de plus un vomissement alimentaire, unique, mais abondant.

Le 30 juin, les vomissements se reproduisent de plus en plus fréquents, et la diarrhée survient. La température tombe au-dessous de la normale, témoignant d'une profonde toxémie. Les signes physiques au niveau de l'abdomen étaient alors si peu accusés, et l'état général si précaire, qu'on ne jugea pas justifiée une intervention chirurgicale.

La nuit suivante, l'abdomen devint généralement volumineux et dur, et la matité dans les parties hautes remplaça le tympanisme habituel. On fit le diagnostic d'obstruction intestinale, mais on ne fit pas de laparotomie, à cause de la défaillance rapide du pouls.

Le malade mourut la même nuit.

AUTOPSIE :

Poumons : quelques mouchetures et infiltrations des bases, témoignant d'un début de broncho-pneumonie.

Reins et Foie : teinte congestive de la toxémie aiguë.

Estomac : extrêmement dilaté, et renfermant environ 5 pintes de contenu gastrique non digéré, avec un peu de sang altéré. On voit de nombreuses suffusions sanguines sur la muqueuse. Aucune sténose.

OBSERVATION XXII

(D^r SMITH, in « Lancet ». Mars 1919.)

Marin américain, âgé de 25 ans, reçu le 15 août à l'Hôpital. Déprimé depuis quelques jours, il fut brusquement saisi, le 15, par une douleur très vive au niveau de l'épigastre,

douleur telle qu'on dût le porter jusqu'à son lit. Il ne vomit pas, mais la douleur se généralisa. Il fut admis à l'Hôpital avec le diagnostic de perforation gastrique.

A l'entrée : T. = 101°5 Fahrenheit (38°8 centigr.) Pouls : 115. Respiration : 24. A l'examen, les premiers signes notés furent les battements des ailes du nez ; tout l'abdomen était immobilisé par la défense musculaire et éminemment sensible au palper. Aucun signe physique aux poumons. La matité hépatique était complètement effacée, et il y avait de la matité dans le flanc droit.

Une histoire imprécise de lésion gastrique antérieure, jointe aux signes perçus à l'exploration de l'abdomen, donnaient toute vraisemblance au diagnostic de perforation. Les battements des ailes du nez étaient marqués, mais insuffisants pour faire affirmer une localisation thoracique en l'absence de signes physiques de ce côté.

OPÉRATION :

Incision abdominale classique. Ni gaz, ni liquides dans le péritoine. L'estomac fait issue hors de l'abdomen — comme un ballon, et la matité hépatique réapparaît. On ne peut trouver aucune lésion organique. On malaxe l'estomac, et on le vide ainsi de ses gaz à deux ou trois reprises. Injections de sérum et de pituitrine sous-cutanées. On ferme l'abdomen, et le malade est ramené dans la salle. On continue la pituitrine et l'atropine, et l'on restreint l'alimentation par la bouche. Après cinq jours de courbe thermique et de symptômes typiques de grippe, le malade guérit, aucun signe n'ayant apparu à l'examen thoracique.

Ces deux observations sont particulièrement intéressantes, parce que, s'il ne s'agit pas de péritonite grippale, nous assistons cependant là, à un syndrome péritonéal extrêmement accusé, simulé par une dilatation gastrique suraiguë d'origine probablement toxhémique. Somme toute, avec une grande péritonite par perforation, la méprise est — on le conçoit — presque fatale en pareil cas.

Le D^r Smith ajoute après l'exposé de ces cas : « Le
« chirurgien-commandant F. Bolton m'a rapporté un
« cas semblable ou presque, avec guérison. Le chirur-
« gien-lieutenant R. Carey a eu un décès par grippe avec
« dilatation gastrique aiguë, mais il m'est impossible de
« trouver les observations complètes. »

Pour être rare, cette éventualité pourrait donc ne pas
être tout à fait exceptionnelle.

6° OBSERVATION DU TYPE : PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE

OBSERVATION XXIII (résumée)

(Professeur PAVIOT)

Homme de 35 ans environ : il présente depuis quelques
jours, au milieu d'un cortège fébrile, des états syncopaux suc-
cessifs, qui se montrent chaque fois qu'il se lève pour satis-
faire à des besoins de défécation aussi répétés qu'infructueux,
comme aussi à des besoins de miction n'aboutissant qu'à quel-
ques gouttes d'urine.

Le diagnostic porté précédemment avait été celui de myo-
cardite grippale.

A l'examen : le malade est étendu dans son lit, le facies
grippé, la mimique inquiète, le cœur parfaitement régulier,
mais un peu rapide et à bruits affaiblis. Cependant, au cours
de l'examen qui, par ailleurs, était négatif, on finit par trou-
ver que tout l'étage supérieur du péritoine est un peu sen-
sible à la palpation, mais surtout à droite. Cette douleur pro-
voquée — signe pour M. Paviot, d'*inflammation péritonéale* —
l'incite à pratiquer un toucher rectal, au cours duquel il cons-
tate : que le rectum est vide, que les parois pelviennes à gau-
che et à droite, sont très sensibles, et que la présence du
doigt dans le rectum, éveille immédiatement un besoin d'ex-
pulsion aigu, impérieux, semblable à ceux dont souffre in-
cessamment le malade.

Eclairé par ces constatations, M. Paviot ordonne *une pi-gûre de morphine* et une *large application de glace sur le ventre*.

Très rapidement : les faux besoins disparaissent ; le malade redevient calme ; les accidents syncopaux cessent, avec l'immobilisation au lit : la preuve était faite.

En 4 ou 5 jours, la température s'abaisse, mais pas tout à fait à la normale, et, 8 jours après, le malade se plaint d'un point de côté à la base droite et présente un souffle et une expectoration spumeuse et rosée. Après un plateau de quelques jours, la température descend en lysis, en même temps que le processus pneumonique disparaît. Tout rentre alors définitivement dans l'ordre.

Cette dernière observation nous montre de façon particulièrement typique, un syndrome péritonéal à peu près complet, intéressant toute la grande cavité, réalisé par une grippe évidente.

Ce sont les enseignements cliniques fournis par ce cas, qui ont déterminé notre maître M. Paviot, à admettre l'existence de ces péritonites grippales, dont nous venons de présenter une série d'observations.

III. — ETUDE CLINIQUE

Il résulte des diverses observations que nous venons de passer en revue, qu'il existe au cours de la grippe (où, plus rarement, à sa suite) des manifestations péritonéales revêtant l'allure générale d'une péritonite localisée, à début généralement brusque, et à évolution spontanée vers la guérison.

Avant d'essayer de mettre en relief les caractéristiques de ces syndromes péritonéaux, quelques considérations sont nécessaires sur leur fréquence et sur les circonstances dans lesquelles ils sont apparus.

I° ETIOLOGIE

a) *Fréquence.* — Nous avons vu combien sont rares les observations que nous avons pu recueillir sur ces syndromes abdominaux de la grippe. Nous avons, à la vérité, retrouvé de nombreuses observations publiées sous le diagnostic « Appendicite et Grippe », mais dans la plupart des cas, il s'agissait d'appendicites véritables, et si l'on pouvait remonter à la grippe comme agent causal, ce n'était le plus souvent que par comparaison entre la fréquence des appendicites et de la grippe aux mêmes époques, et en se basant sur ce fait que les appendicites

ont fait leur apparition dans la littérature médicale, sinon dans la clinique, à la suite des épidémies de grippe de 1882-1886.

Entre l'appendicite vraie et la fausse appendicite grip-pale, ou plutôt le syndrome appendiculaire au cours de la grippe, la distinction n'est pas toujours nettement tranchée, et nous n'avons retenu que les observations les plus caractéristiques. Il en est de même pour les autres manifestations péritonéales.

Elles sont évidemment très exceptionnelles, et peu de cliniciens ont pu les rencontrer ; mais lorsque l'attention aura été mieux attirée sur elles, nul doute que l'on n'en signale fréquemment de nouveaux cas.

b) *Au point de vue épidémique*, tous les cas que nous avons vus signalés, se sont produits au cours de deux épidémies : celle de 1899 et celle de 1918-1919. Il semble qu'il y ait eu dans certains cas, de véritables petites épidémies de grippe avec déterminations péritonéales, puisqu'il a été donné aux mêmes médecins d'en observer des séries, soit dans leur propre clientèle, soit dans leur service hospitalier.

c) *Quant aux localisations elles-mêmes*, c'est l'appendice qui est le plus souvent en cause, ou, tout au moins, c'est le tableau de l'appendicite qui est le plus fréquemment simulé. Sur les 23 observations que nous avons reproduites : 16 appartiennent au type appendiculaire, 1 au type sigmoïdite, 2 au type pelvi-péritonite, 1 au type péri-splénite, 2 au type péritonite péri-gastrique et 1 au type péritonite généralisée.

Ajoutons que d'autres statistiques, dont les observa-

tions n'ont pas été publiées, accroîtraient singulièrement le pourcentage du type appendicite : signalons simplement les 5 cas de Charpentier et un certain nombre des cas de l'épidémie du camp Logan, où 50 appendicites survenues en plein syndrome grippal, ont guéri spontanément.

L'importance de lésions antérieures au niveau de l'organe intéressé, nous paraît tout-à-fait secondaire. En ce qui concerne l'appendicite, dans la grande majorité des cas, l'atteinte grippale affectait un appendice vierge de toute infection antérieure (10 fois sur 11 dans les cas du D^r Gagnière ; 4 fois sur 5 dans ceux du D^r Charpentier). L'étude des autres manifestations péritonéales montre que si elles se localisent en un point déjà lésé de l'organisme, (c'est le péritoine sous-hépatique chez une ancienne lithiasique), elles apparaissent le plus souvent comme une première infection.

d) Dans tous les cas, ce qui domine au *point de vue étiologique*, c'est ce fait que le malade s'est trouvé au contact de grippés : cette circonstance se retrouve nettement mentionnée dans plusieurs observations, et il est logique de l'admettre dans les autres cas, étant donnée la notion d'épidémicité ambiante.

2° SYMPTOMATOLOGIE

a) Modes de début.

Le plus souvent, ce sont les symptômes généraux d'invasion grippale qui ont ouvert la scène clinique. Le sujet, qui se trouvait — en période d'épidémie — dans un

milieu de grippés, a éprouvé brusquement une grande lassitude, des frissons, de l'enchifrènement. La fièvre est apparue, d'emblée élevée. Il y avait de l'anorexie et de la constipation (ou, exceptionnellement, de la diarrhée). Cet état est resté stationnaire pendant 2, 3 ou 4 jours.

Puis, en un deuxième temps, voici venir les symptômes péritonéaux : leur apparition est également brusque. Le malade, déjà alité, éprouve de vives douleurs abdominales : coliques sèches, sensibilité péritonéale ; il vomit ; son facies s'altère ; la constipation se confirme. C'est alors qu'à côté de ces signes de péritonisme général, vont se manifester les signes locaux, appendiculaires ou autres.

Dans un certain nombre de cas — exceptionnellement — les signes péritonéaux ont apparu les premiers. C'est alors le début brusque, dramatique, de l'appendicite : la douleur pongitive surprenant une personne en bonne santé apparente. Mais si l'on examine le malade avec soin, on trouve à cette appendicite, à cette crise de coliques hépatiques ou salpingiennes, des caractères un peu spéciaux : il y a une association de symptômes grippaux, qui attirent d'emblée l'attention.

Dans un troisième ordre de faits, on a pu voir enfin les symptômes péritonéaux apparaître plusieurs semaines après l'attaque grippale, (attaqué d'ailleurs plus ou moins larvée, reconnue par un interrogatoire soigneux), et le syndrome péritonéal évoluer comme une péritonite grippale.

b) Période d'état.

En quelques heures, le syndrome s'est constitué. Le

plus souvent, c'est le premier soir que les symptômes sont le plus caractérisés.

C'est d'abord la *douleur* : spontanée, sous forme de contractions très pénibles, de coliques sèches, intermittentes ; *provoquée* par le moindre contact ; *exacerbée* par la pression. Elle intéresse tout l'abdomen, mais plus particulièrement la *région épigastrique*, même lorsque coexistent des signes de localisation appendiculaire ou autres.

Les *vomissements* ne manquent presque jamais : le plus souvent alimentaires, ils sont parfois porracés. Suivant les cas, il s'agit d'un vomissement unique où d'une intolérance gastrique absolue.

La *constipation* est de règle. Dans les cas typiques, elle s'accompagne d'arrêt des émissions gazeuses ; mais l'on a pu voir aussi une diarrhée initiale ne faire que tardivement place à la constipation.

A l'*examen de l'abdomen*, on observe des signes variables, suivant la localisation de la péritonite grippale. Dans la plupart des cas cependant, il y a du *météorisme*, une *sensibilité généralisée* au palper, plus accusée en une région déterminée. A ce niveau, la *contracture de la paroi* peut en imposer pour une réaction inflammatoire, de même que la *coprostase* donne parfois au palper, l'impression de masses rénitentes douloureuses à la pression.

Les *symptômes généraux* attirent eux aussi l'attention, plus vivement peut-être que dans une péritonite franche.

Le *facies*, est anxieux, pâle, parfois plus « *grippé* » que

« péritonéal ». Il y a fréquemment de la *torpeur*, interrompue par les paroxysmes douloureux.

La *langue* est généralement *peu saburrale*, moins que ne le comporteraient les troubles intestinaux.

On observe fréquemment, même en l'absence de tout signe pulmonaire, des *battements des ailes du nez* : c'est là un *signe constant et de grande valeur*, sur lequel insistent particulièrement les auteurs anglais et américains. On trouve d'ailleurs souvent à l'examen pulmonaire, des signes de bronchite ou de congestion légère d'une base.

La *courbe thermique* est assez caractéristique elle aussi : après un début impressionnant par une *ascension rapide* à 39° ou 40°, la fièvre est le plus souvent un peu moins élevée le lendemain, puis elle *se maintient à peu près en plateau* pendant 4, 5 ou 6 jours. La défervescence se produit soit en lysis, soit brusquement, mais elle est plus souvent progressive que rapide.

Le *pouls* suit à peu près régulièrement la marche de la température : assez *rapide* (120 environ) dans les cas signalés au cours de l'épidémie de 1899, il a été remarquablement *lent* chez les malades observés au cours de la dernière épidémie (1918-1919), et cette *lenteur du pouls* contrastant avec un syndrome péritonéal, n'est pas un des moindres signes de ces manifestations grippales.

Les *urines* sont habituellement émises en moindre quantité, quelque fois avec peine. Chargées en urates et en phosphates, elles sont souvent *albumineuses*, mais de façon tout-à-fait *transitoire*.

c) Durée. — Modes de terminaison.

Cet état péritonéal si vite installé, marqué parfois par un tableau symptomatique très complet avec les symptômes les plus alarmants, est de peu de durée.

La période aiguë varie de 3 à 5 jours, avec un maximum de 9 à 12 jours (dans 2 observations) ; encore voit-on les manifestations s'atténuer un peu dès le deuxième ou troisième jour.

Généralement, la terminaison se fait par une amélioration rapidement progressive. En 3 ou 4 jours, la situation change complètement : le malade passe d'un état apparent de mort imminente à la convalescence la plus normale. Les vomissements cessent ; les douleurs s'atténuent ; il y a des débâcles stercorales, en même temps que la fièvre décroît.

Dans certains cas, les symptômes péritonéaux tournent court brusquement, et ce changement radical s'opère du jour au lendemain.

3° PRONOSTIC

L'évolution régulière vers la guérison est la caractéristique dominante de ces péritonites grippales. On peut dire qu'à moins de complications pulmonaires graves, les manifestations péritonéales de la grippe, *traitées médicalement*, guérissent à coup sûr.

Parmi les observations que nous rapportons, les cas de morts sont relatifs à une *intervention chirurgicale* intempestive, ou bien — dans un cas — à une dilatation gastrique suraiguë, qui aurait pu sans doute être guérie par un traitement médical approprié.

4° FORMES CLINIQUES ET DIAGNOSTIC

Du tableau général que nous avons esquissé, un certain nombre de symptômes sont plus particuliers à la Péritonite grippale, tandis que d'autres, affectant des caractères de localisation, en imposent pour une manifestation aiguë abdominale à réaction péritonéale, quelle qu'elle soit.

A. — Ces symptômes *proprement grippaux*, et revêtant de ce fait une grande valeur diagnostique, sont :

1) La notion d'épidémicité, et du contact qu'a eu le malade avec des grippés.

2) Le mode de début, caractérisé le plus souvent par des frissons, une fièvre d'emblée élevée, de la rachialgie, du catarrhe oculo-nasal, précédant ou accompagnant les signes abdominaux.

3) L'état de la langue, qui est relativement peu saburrale : M. Villard insiste sur ce caractère qui différencie la langue grippale de celle des grandes infections abdominales.

4) La température relativement élevée, ayant une tendance au plateau avec oscillations de faible amplitude, qui contraste avec un pouls relativement lent, ample et bien frappé.

5) L'existence de petits signes pulmonaires (bronchites, léger foyer congestif), et même — en leur absence — : la toux, le battement des ailes du nez, la dyspnée.

6) La torpeur fréquente du malade, interrompue il est

vrai par les paroxysmes douloureux, mais telle qu'on ne la rencontre pas chez de vrais péritonitiques, qui paraissent moins indifférents à leur état.

B. — C'est l'association de ces signes aux *symptômes de localisation*, qui donne aux manifestations péritonéales de la grippe leur allure propre. Toutefois, par leurs symptômes locaux, elles simulent à tel point diverses manifestations péritonéales franches, que nous devons en exposer ici les principaux éléments de diagnostic :

a) LE TYPE « APPENDICITE » se distingue de l'appendicite franche par divers caractères bien mis en évidence par le Dr Villard. Les analogies n'en sont pas moins grandes : début brusque, douleurs abdominales vives, vomissements, météorisme avec arrêt des matières et des gaz... Mais, dans *l'appendicite grippale* :

1. Ce sont les *symptômes généraux* qui sont les *premiers en date*.

2. La *douleur* est plus *épigastrique* qu'appendiculaire. « Les malades, dit M. Villard, accusent bien de la sensibilité dans la fosse iliaque droite, mais c'est surtout au creux épigastrique qu'en est le siège maximum. » Toutefois, dans nombre d'appendicites grippales, la douleur est très nettement localisée au point de Mac Burney.

3. « Cette douleur a un caractère *paroxystique* : c'est « une douleur de contraction intestinale, une colique sèche. Au cours de l'examen, on assiste à des rémissions suivies de phases douloureuses. » M. Villard pense qu'il faut attacher une grande importance à ces deux caractères de la douleur : épigastrique et paroxystique.

4. Au palper de l'abdomen, on rencontre bien une défense localisée de la paroi, par contracture musculaire réflexe : à un examen superficiel, on peut croire à un gâteau appendiculaire, mais un examen plus précis, — le toucher rectal et vaginal négatif — fait habituellement cesser toute hésitation.

Il va sans dire que l'évolution elle-même vers la disparition rapide de tous les signes dans les cas de fausse appendicite grippale, ou au contraire vers l'abcédation ou la perforation dans les cas d'appendicites franches sévères, écarte du débat un diagnostic parfois très délicat au début.

b) LE TYPE « PELVI-PÉRITONITE », peut en imposer chez la femme pour une réaction péritonéale d'origine salpingienne, un kyste ovarien tordu, une rupture de grossesse tubaire. L'absence habituelle de passé gynécologique, l'absence de pertes, les constatations du toucher qui ne donne que des sensations imprécises de tuméfaction légère des culs-de-sacs, sont en faveur de la péritonite grippale, de même que les symptômes généraux.

Chez l'homme, la fièvre jointe à la dysurie, peuvent faire penser à une infection d'origine urineuse, que démentiront les anamnestiques et les examens locaux (cathétérismes, toucher rectal, examen des urines).

c) LE TYPE « SOUS-HÉPATIQUE », de même que les divers types « PÉRI-TYPHLITE », « PÉRI-SIGMOÏDITE », se distingueront surtout par les anamnestiques, les symptômes généraux et l'évolution favorable.

C. — La notion de « Manifestations grippales » étant acquise, il faut encore éliminer :

1. *Le point douloureux abdominal*, qui accompagne fréquemment les pneumonies du sommet, d'origine grippale, particulièrement chez les enfants, — ou encore la pleurite diaphragmatique.

2. *Les névralgies grippales* localisées le long des derniers nerfs intercostaux et sur le trajet abdominal de ces nerfs : ce sont des douleurs aiguës, localisées à un hypocondre, et accompagnées de contractures de toute la région.

Smith a observé des névralgies des 11^{me} et 12^{me} paires, simulant à droite la douleur appendiculaire avec association de défense musculaire. Le diagnostic fut fait dans ces cas par la disposition des douleurs et des symptômes pseudo-péritonéaux, à la suite du blocage de ces nerfs à leur origine, par une injection de cocaïne.

5° CONSIDÉRATIONS PATHOGÉNIQUES

L'absence de constatations anatomo-pathologiques dans les cas de péritonites grippales proprement dites, nous interdit de fonder une étude pathogénique sur des données rigoureusement exactes. Nous devons donc nous contenter de passer en revue — en les discutant — les principaux mécanismes envisagés pour expliquer ces accidents péritonéaux.

1. Tout d'abord, étant donné la rapidité de leur apparition et de leur disparition, et aussi le fait que ces péritonites donnent lieu à des symptômes douloureux plus souvent qu'à des signes objectivement constatables, la Pathogénie la plus simple semble être d'admettre que ces accidents sont *de nature réflexe* ; mais nous avons vu

dans plusieurs cas les signes douloureux et fonctionnels s'accompagner de symptômes de localisation traduisant nettement la souffrance d'un organe, d'une région, et d'autre part l'examen physique a parfois donné des signes de tuméfaction manifeste, qui ne peuvent cadrer avec cette hypothèse.

2. Une deuxième hypothèse consisterait à voir dans ces accidents une manifestation de la *toxémie grippale*. Le réflexe serait sous la dépendance d'une cause toxique. Les deux observations de dilatation gastrique, avec constatations opératoires ou post mortem, plaident en faveur de cette théorie, dans certains cas tout au moins. Mais on ne peut en inférer de ce que l'on a constaté dans les cas de dilatation gastrique, à tous les accidents péritonéaux de la grippe, et notamment au syndrome appendiculaire.

Au surplus, la crise péritonéale s'accompagne habituellement d'une recrudescence de la fièvre et des phénomènes généraux, que n'explique pas la simple toxémie.

3. Ces manifestations seraient-elles donc sous l'influence de l'infection, et s'agirait-il là de *localisation de l'attaque grippale* ?

A ce sujet, une distinction déjà établie, est à rappeler. Sans préjuger de la nature de l'agent propre de la grippe (bacille de Pfeiffer ou virus filtrant), nous savons qu'en clinique, cet agent se présente très souvent associé à d'autres microbes et en particulier au *streptocoque* et au *pneumocoque*.

Il est admis aussi que les grands responsables des complications infectieuses *thoraciques* de la grippe sont le

plus souvent ces derniers microbes, qu'il s'agisse de broncho-pneumonie, de pneumonie ou de pleurésie purulente.

a) Devrons-nous donc penser au *streptocoque* pour expliquer les accidents qui font le sujet de notre travail ? Nous ne le pensons pas, car les péritonites streptococciques que l'on rencontre au cours de la grippe, sont toujours des péritonites franches, hyperseptiques, évoluant vers la mort, et nous les avons éliminées de notre étude.

b) En est-il de même pour le *pneumocoque* ? — Nous connaissons bien les péritonites pneumococciques franches, donnant lieu parfois à un abcès enkysté sous-ombilical ; mais ces péritonites n'ont rien de commun avec les accidents péritonéaux de la grippe, qui se caractérisent par leur caractère fugace et leur disparition sans abcédation.

Et cependant, il est avéré qu'un même microbe peut agir de diverses manières suivant le milieu dans lequel il se trouve et selon ses caractères d'association : il ne serait donc pas impossible d'admettre l'origine pneumococcique de ces accidents.

Cette thèse est d'ailleurs étayée par les résultats des recherches de divers expérimentateurs allemands et autrichiens :

Weitlaner en effet, isole le pneumocoque de l'appendice et du péritoine, chez des grippés morts d'infection grippale, (Wiener Medizinische Wochenschrift, 1909), et ce fait intéressant est corroboré par les constatations d'autres auteurs (en particulier Cürschmann). Weitlaner pense à ce sujet, qu'une épidémie de grippe avec association

pneumococcique, peut donner lieu à la fois à des angines et à des appendicites à pneumocoques.

Jensen, faisant des hémocultures chez des malades atteints d'appendicite grippale, a trouvé des pneumocoques dans le sang circulant.

Ainsi se trouve donc vérifiée l'origine hématogène de l'appendicite grippale, et l'on sait que cette théorie hématogène a été l'objet des vérifications expérimentales de Roger avec le pneumo-bacille de Friedlander, de Josué avec les microbes intestinaux, de Dominici avec le bacille typhique et de Gouget avec le staphylocoque.

Cette théorie s'oppose, on le voit, à celle émise antérieurement par Jalaguier, d'après laquelle l'infection grippale ne ferait qu'exalter la virulence de germes infectieux contenus dans l'appendice à l'état latent.

C'est d'ailleurs aussi cette théorie hématogène qui a fait l'objet d'une étude de MM. Tripier et Paviot, dans la « Semaine Médicale » du 8 mars 1899, sous le titre : « L'Appendicite par infection générale ». Ils citent des exemples d'appendicites apparaissant comme manifestation locale d'une infection générale, et montrent à ce sujet que « l'affection dont est mort Gambetta, n'est que « le fait d'une infection purulente ayant déterminé au « niveau de l'appendice, une inflammation de même nature et un foyer secondaire de pyohémie. »

c) Si donc des microbes associés à l'agent grippal peuvent, par voie sanguine, donner lieu à des localisations appendiculaires, ne peut-il pas en être de même pour l'agent de la grippe lui-même ?

Là encore, la confirmation bactériologique est venue

appuyer les hypothèses émises. En 1901, Adrian signale qu'il a trouvé le bacille de Pfeiffer dans le pus de l'appendice (Die Appendicitis als Folge einer allgemeinen Erkrankung, Leipzig, 1901). En 1902, Corbellini fait les mêmes constatations (El bacillo de Pfeiffer en la Appendicitis).

Voilà donc des documents propres à étayer la pathogénie infectieuse des accidents péritonéaux de la grippe.

Mais une grave objection se pose : dans la plupart des cas considérés, il s'agissait d'appendicites, grippales sans doute, mais peut-être d'appendicites *franches*, puisque les constatations ont été faites sur des appendices enlevés au cours d'interventions.

Nous répondons à cela que, sans doute, dans les cas de syndromes péritonéaux (que nous envisageons seuls), nous sommes privés du criterium anatomique : nous sommes donc astreints à raisonner par analogie.

Nous savons qu'il existe des appendicites vraies dont l'origine grippale est prouvée par le laboratoire comme par la clinique. Ne peut-on dès lors admettre que la grippe, qui peut donner une localisation infectieuse appendiculaire évoluant comme une appendicite franche, puisse aussi ne léser que très légèrement l'appendice, de façon tout-à-fait transitoire, et cette atteinte légère ne se traduire que par une réaction péritonéale également passagère ?

Cette opinion a été émise par les médecins américains Hall et Dyas dans leur étude sur l'épidémie du camp Logan (Journal of the American medical Association — Chicago — 1919). Ils pensent en effet que, entre les 92 cas d'appendicite qui nécessitèrent l'opération, et les 50 cas où

l'on crut devoir rectifier le diagnostic d'entrée — après avoir néanmoins observé un syndrome appendiculaire fugace — il n'y eut vraisemblablement pas autre chose qu'une différence dans l'intensité du processus infectieux appendiculaire qui, dans le premier groupe de cas, évolua, et dans le second, tourna court.

Il peut en être de même pour les autres localisations péritonéales (sous-hépatiques, péri-annexielles, etc...), beaucoup moins fréquentes que l'appendicite, et où une lésion antérieure, évidente ou passée inaperçue, a joué le rôle d'un traumatisme, véritable point d'appel pour l'infection grippale.

En somme, si la grippe donne lieu le plus souvent à un syndrome appendiculaire, c'est que l'appendice réagit à l'infection, comme une *agmygdale intestinale*, et ce n'est là qu'un épisode local d'une réaction de tout le tissu lymphoïde.

On ne peut s'empêcher de comparer les déterminations de la grippe aux localisations pancréatiques ou ovariennes de l'infection ourlienne ; mais, dans le premier cas, ce sont des organes lymphoïdes qui sont atteints, tandis que, dans le second cas, c'est le tissu glandulaire qui est affecté en quelque sorte électivement.

Bref, et pour nous résumer : *localisation de l'infection grippale aux formations lymphoïdes sous-péritonéales (en particulier à l'appendice), ne donnant lieu qu'à une réaction légère, n'évoluant ni vers la purulence, ni vers la nécrose : telle est l'hypothèse qui nous paraît la plus vraisemblable pour expliquer ces manifestations péritonéales transitoires de la grippe.*

6° TRAITEMENT

De l'allure clinique de la maladie et de l'opinion de tous les médecins appelés à constater les manifestations péritonéales de la grippe, se dégage ce point capital :

il faut s'abstenir de toute intervention chirurgicale.

Sans doute, en particulier dans le cas de syndrome appendiculaire, lorsque tous les signes d'appendicite sont présents et que l'état est alarmant, la tentation est grande de faire une laparotomie, d'aller voir ce qui se passe au niveau de l'appendice : il faut savoir fonder sur un diagnostic précis, sa détermination de *ne pas avoir recours à une opération.*

Cette intervention serait *inutile*, puisque l'appendicite guérit spontanément en l'espace de quelques jours — et *elle ne serait pas sans dangers*, étant donné l'état général des malades, et surtout les risques des complications pulmonaires mortelles que ferait courir l'anesthésie.

En fait, dans toute la série des observations que nous avons reproduites : sur 22 cas, deux des trois décès observés sont ceux de malades opérés. La mort a suivi l'intervention de quelques heures. Quant au troisième décès, il était le fait d'une toxhémie avec dilatation gastrique intense.

Le traitement sera donc *essentiellement médical* : il s'adressera aux symptômes péritonéaux, en tenant compte du fait qu'il s'agit d'un grippé.

Le malade sera maintenu au *repos complet*, avec une *vessie de glace* sur l'abdomen, ou, à défaut, des *applications chaudes*. Dans certains cas — particulièrement

dans les formes traînantes — le malade se trouvera bien de l'application d'un topique *loco dolenti*.

Des *lavements rectaux* seront donnés régulièrement :

eau bouillie froide toutes les 4 heures, en cas de température élevée ;

eau glycinée ou *huile*, lorsque domine l'élément constipation.

L'alimentation, peu abondante, sera *exclusivement liquide* :

lait glacé par petites gorgées, si les douleurs ou les vomissements dominent la scène ;

boissons stimulantes, chaudes, alcoolisées, si ce sont les symptômes généraux de grippe qui prédominent.

Dans le cas très exceptionnel de dilatation gastrique suraiguë, se manifestant par des vomissements incoercibles, abondants, alimentaires, et par un météorisme abdominal intense : des lavages d'estomac sont formellement indiqués, ainsi que des injections sous-cutanées de sulfate de strychnine ou de pituitrine, comme le recommandent les auteurs anglais.

Dans tous les cas, il y a lieu de surveiller très attentivement l'état des poumons et des plèvres, et d'agir par une révulsion énergique, des inhalations d'oxygène, etc., si des localisations s'y manifestent.

Il ne faut pas oublier en effet qu'on se trouve en présence de grippés, et que les manifestations péritonéales ne sont qu'un épisode d'une infection générale : on ne devra donc pas négliger la médication antithermique, tonique et stimulante qu'elle comporte.

CONCLUSIONS

I. — La Grippe peut donner lieu, exceptionnellement, à des manifestations péritonéales revêtant l'aspect clinique de péritonites aiguës, le plus souvent localisées : la fausse appendicite de Villard en est le type le moins rare. Mais on peut en rencontrer d'autres variétés : péritonites sous-hépatiques, pelviennes, etc...

II. — Ces manifestations se caractérisent par leur apparition dans un foyer d'épidémie grippale, leur début brusque, l'association de symptômes généraux de grippe avec des signes manifestes de péritonite (ces derniers dominant la scène clinique), et surtout par leur disparition rapide et spontanée en 3 ou 4 jours.

III. — Le diagnostic est souvent délicat avec les péritonites franches. Il se fait d'après :

La notion d'épidémicité et de contagion probable ;

La température élevée, qui se maintient en plateau ;

Le pouls relativement lent ;

La langue saburrale ;

Les douleurs moins strictement localisées (s'il s'agit du type appendiculaire) ;

La faiblesse des signes au toucher rectal ou vaginal, contrastant avec des signes évidents au palper abdominal.

Enfin l'association de manifestations rectales (faux besoins incessants) et vésicales (miction peu abondantes et

fréquentes allant même jusqu'à une anurie relative), principalement dans les formes à localisation pelvienne prédominante.

IV. — L'absence de constatations anatomo-pathologiques ne permet que des hypothèses sur la pathogénie de ces accidents. On ne peut invoquer exclusivement ni un mécanisme réflexe, ni l'action de la toxhémie grippale.

Il s'agit sans doute d'une localisation superficielle et temporaire de l'agent infectieux de la grippe, en une région déterminée du péritoine, l'appendice le plus souvent.

V. — Le traitement doit être exclusivement médical. En présence de symptômes péritonéaux d'origine nettement grippale, il faut savoir s'abstenir de toute intervention chirurgicale.

VU :

Le Président de la thèse,
PAVIOT.

VU :

Pr Le Doyen,
L'Assesseur : J. LÉPINE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Lyon, le 30 Novembre 1920.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

1. ADRIAN. — « Die Appendicitis als Folge einer Allgemeines Erkranküngen-Klinisches ünd Expérimentales. » Leipzig, 4^e édition, 1901.
2. BEHREND M. — « Appendicite aiguë au cours de la Grippe. » Surgery, Gynecology and Obstetrics, Chicago. Tome XXVIII, n^o 6, juin 1919.
3. CHARPENTIER. — « Appendicite au cours d'une épidémie de grippe. » Bulletin Médical, 1901. XV, 239-240.
4. CORBELLINI. — « El bacillo de Pfeiffer en la Appendicitis. » Revista de la Sociedad Medica Argentina, 1902, n^{os} 5 et 7.
5. DYAS. — Voir Hall.
6. FAISANS. — « La véritable cause de l'appendicite. » Communication à la S. M. des Hôpitaux de Paris, 24 mars 1899. Bulletin, p. 35.
7. FRANKE. — Ueber einige chirurgische wichtige komplikationen der Influenza. » Mitteilüng an den Grenzgebiet der Medizin und Chirurgie, 1899-1900. V, 263-328.
8. GAGNIÈRE. — « Grippe et Appendicite. » (Epidémie de Choisy-le-Roi : 11 observations). Gazette des Hôpitaux. Paris, 1899. p. 1181-84.
9. HALL W. et DYAS F. G. — « L'Appendicite, séquelle de la grippe et de la Pneumonie, au camp Logan. » The Journal of the American medical association. Chicago. Tome LXXII, n^o 10, 8 mars 1919.

10. JALAGUIER. — « Appendicite. » Traité de Chirurgie, 2^e édition. Bulletin Médical, 1885, juin-août.
 11. JENSEN. — Archive für Klinische und Chirurgie. T. XIX, 108.
 12. MERKLEN. — « Appendicite grippale. » S. M. des Hôpitaux de Paris, 19 mars 1897.
 13. PAVIOT (et TRIPIER). — « L'appendicite par infection générale ». Semaine Médicale, 8 mars 1899.
 14. SCHOUMSKY (Mlle). — « Contribution à l'étude de l'Appendicite dans la Rougeole et les maladies infectieuses ». Thèse de Paris, 1908-09.
 15. SMITH R. E. — « Les accidents abdominaux de la grippe. » The Lancet, Londres, 15 mars 1919.
 16. TRIPIER. — Voir Paviot.
 17. VILLARD E. — « Les fausses appendicites grippales. » Lyon Médical, décembre 1918, n° 12.
 18. WEITLANER. — Wiener Medizin Wochenschrift 1909, n° 8, 377-378.
-

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	7
I. — HISTORIQUE.....	8
1° Grippe et Déterminations péritonéales généralisées	8
2° Grippe et Appendicite.....	9
3° Grippe et Péritonites localisées	14
4° Grippe et Péritonite associée.....	15
II. — ETUDE DES OBSERVATIONS.....	16
1° Observations du type : <i>Appendicite</i>	16
I à XI (D ^r Gagnière).	
XII à XIV (Prof ^r Villard).	
XV (D ^r Gras, cité par le Prof ^r Villard).	
XVI (Prof ^r Paviot).	
2° Observation du type : <i>Sigmoïdite</i>	34
XVII (Prof ^r Paviot).	
3° Observations du type : <i>Pelvi-péritonite</i>	36
XVIII et XIX (Prof. Paviot).	
4° Observation du type : <i>Perihépatite et Périsplénite</i>	38
XX (Prof. Paviot).	
5° Observations du type : <i>Péritonite d'origine-gas-</i> <i>trique</i>	39
XXI et XXII (D ^r Smith).	
6° Observation du type : <i>Péritonite généralisée</i>	42
XXIII (Prof ^r Paviot).	
III. — ETUDE CLINIQUE	44
1° <i>Étiologie</i>	44
a) Fréquence.	
b) Epidimicité.	
c) Localisations.	
d) Contagion.	

2° <i>Symptomatologie</i>	46
a) Modes de début.	
b) Période d'état.	
c) Durée. — Modes de terminaison.	
3° <i>Pronostic</i>	50
4° <i>Formes cliniques et Diagnostic</i>	51
A. Symptômes proprement grippaux.	
B. Symptômes de localisation.	
a) Type Appendicite.	
b) Type Pelvi-péritonite.	
c) Types sous-hépatique.	
péri-typhlite.	
péri-sygmöïdite.	
5° <i>Considérations pathogéniques</i>	54
Théorie du réflexe ? — Non.	
— de la toxémie grippale ? — Non.	
— de l'infection ?	
Streptocoque = Non.	
Pneumocoque = Possible.	
Agent grippal = Le plus vraisemblable.	
6° <i>Traitement</i>	60
CONCLUSIONS	63
BIBLIOGRAPHIE	65

